



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Ciencia a la mente y virtud al corazón

Funcionamiento de personalidad del insomne

Un estudio a través del Rorschach

Lic Susana Levantini

USAL 2015
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Directora: **Dra Mónica Braude**

Co- Director: **Dr Horacio Encabo**

Agradecimientos

Este es el corolario de muchos años comprometidos en una exploración curiosa y apasionada por tratar de comprender y lograr más y mejores resultados en los pacientes insomnes.

Agradezco

A

el Dr. Encabo quien en este camino ha ocupado un lugar importante no solo por su entrega sino también por su entusiasmo y su permanente supervisión.

A

mis compañeros del F.L.E.N.I., en especial a Claudia Calderón, incansable colaboradora en la construcción de las listas de pacientes incluidos en esta investigación.

A

la Dra Mónica Braude que me socorrió en los difíciles momentos del proceso, siempre dispuesta y con una lectura muy enriquecedora del manuscrito.

A

el Dr. Carlos Calatroni y a su mujer Dra. Marta Calatroni por sus enseñanzas.

A

mis maestros de Rorschach quienes me formaron en esta maravillosa técnica.

A

los pacientes, todos voluntarios, que accedieron a contribuir con este estudio.

A

los colegas y amigos que me alentaron y acompañaron y a todos aquellos que en este proceso me permitieron descubrir la generosidad y disponibilidad de la gente que me rodea y, también, la satisfacción intrínseca que conlleva el acto de la escritura, que me ayudó a crecer y reveló aspectos desconocidos de mi misma.

Y, muy especialmente,

A

mi padre que me formó en la curiosidad, la verdad y la inquietud.



Susana Levantini

Buenos Aires, 2014

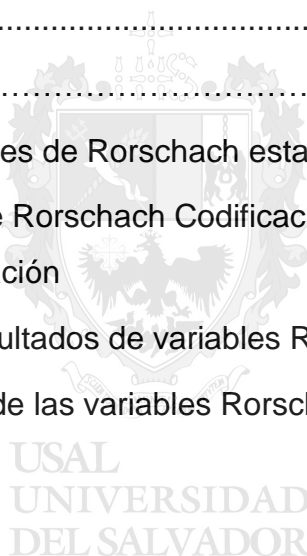
USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

ÍNDICE

Introducción	7
Capitulo 1: Problema y Objetivos.....	12
Capitulo 2: Estado del Arte	15
Capitulo 3: Marco Teórico	
3.1. El sueño definición	44
3.2. Generalidades	45
3.2.1 Ritmo Circadiano	45
3.2.2 Arquitectura del sueño	49
3.2.3 Fases del Sueño	49
3.2.4 Hipnograma	52
3.2.5 Ontogenia del sueño	54
3.2.6 Patrones del sueño	55
3.2.7 .Sueño y Calidad de vida	57
3.2.7.1. Privación de sueño Consecuencia	58
3.2.7.2 Consecuencias del Insomnio	58
3.2.8 Sueño y Memoria	68
3.2.8.1. Etapas del sueño y memoria	71
3.2.8.2 Etapas de sueño y deterioro cognitivo.....	73
3.3. Clasificación de los trastornos de sueño	73
3.4. Insomnio definiciones	73
2. 4.1 Medicina de sueño	75
2.4.2 D.S.M.IV.....	75
3.5. Evaluación del Insomnio.....	96
3.6. Pathofisiología del Insomnio.....	104
3.6.1 Modelo de la Internalización	104
3.6.2 Modelo de la Hiperactivación	105

3.6.3 Modelo Comportamental.....	106
3.6.4 Modelo Cognitivo	107
3.6.5 Modelo Neurocognitivo	115
3.6.6 Modelo de la inhibición.....	115
3.7. Modelos etiológicos.....	120
3.7.1 Internalización.....	120
3.7.2 Modelo de la Hiperactivación.....	121
3.7.3 Modelo Conductual	122
3.7.4 Modelo Cognitivo Conductual	122
3.7.5 Modelo Neurocognitivo	125
3.7.6 Modelo de la Inhibición	125
3.8. Teorizaciones psicológicas del Insomnio	124
3.8.1 Medicina de sueño.....	124
3.8.2 Conceptualizaciones dinámicas.....	135
3.8.3 Teorizaciones con respecto al funcionamiento PS	140
3.8.3.1 Escuela Psicósomática de París	140
3.8.3.2 Nuevos aportes	149
3.8.3.3 Alexitimia.....	151
3.9 Tratamientos	162
3.9.1. Trat. Cognitivo Conductual.....	164
3.9.1.1 Control de los estímulos	165
3.9.1.2 Restricción de sueño	165
3.9.1.3. Higiene de Sueño	166
3.9.1.4. Terapia cognitiva	166
3.9.2 Entrenamiento en relajación	168
3.9.3 Eficacia del tratamiento Cognitivo Conductual.....	169
3.9.4 Limitaciones en los tratamientos	170
3.9.5 Propuestas.....	171

3.9.6 Psicoterapia	172
Capitulo 4 Metodología	173
4.1 Descripción de la muestra	175
4.2 Instrumentos.....	179
4.3 Recolección de datos	193
4.4 Procedimiento	195
4.5 Análisis de los datos.....	197
Capitulo 5 Presentación de resultados	199
Capitulo 6 Discusión de los resultados	206
Capitulo 7 Conclusión	230
Bibliografía.....	240
Anexos.....	252
Anexo I Tabla variables de Rorschach estadísticamente significativas.	
Anexo II Protocolos de Rorschach Codificación y Sumario Estructural.	
Formulario de autorización	
Anexo III Hojas de resultados de variables Rorschach	
Anexo IV Resultados de las variables Rorschach en términos de confiabilidad	



*"Sleep (is like) a dove wich has landed near one´s hand and stays there as long as one does not pay attention to it; if one attempts to grab it, it quickly flies away"*¹ Espie, 2006

INTRODUCCION

Dentro de las funciones básicas para la supervivencia humana se encuentran, entre otras, la alimentación y el sueño. Si bien en la comunidad científica psicológica existe una amplia producción sobre los trastornos de la alimentación, no es así con los trastornos de sueño, a pesar de que traen múltiples consecuencias: en la salud física: (hormonales, cardíacas), en lo psicológico: (problemas en la autoestima, deterioro del funcionamiento yoico, dificultades en los vínculos) e incluso en lo social (accidentes automovilísticos).

Prueba de su importancia es que a corto plazo la privación de sueño produce fatiga, síntomas de ansiedad y de depresión, déficit en la atención, en la concentración, en la memoria y en las funciones ejecutivas, además de provocar somnolencia diurna. Estos efectos suelen desaparecer cuando se restablece el sueño. No obstante, a largo plazo, se han observado efectos más graves tales como aumento en la mortalidad (Kripke, Simons, Garfinkel y Hammond ,1979) y mayor prevalencia de depresión mayor, problemas de ansiedad y trastornos relacionados con el abuso de sustancia en personas con sueño insuficiente (Breslau, Roth, Rosenthal y Andreski ,1997)

La necesidad de dormir se considera una necesidad básica para la supervivencia del organismo y tradicionalmente se la ha concebido como una necesidad primaria, al igual que el comer o el beber (Chóliz, 1994). Sin embargo la función del sueño todavía no es del todo clara. Existe consenso en que lo indiscutible es que representa una necesidad ineludible que llega a ser más imperiosa que otros motivos biológicos. A su vez la funcion del sueño

¹ El dormir es como una paloma que ha aterrizado cerca de nuestra mano y se queda ahí hasta que no le prestemos atención, si uno trata de aprehenderla, rápidamente se vuela

puede verse afectada por múltiples variables fisiológicas, y/o psicológicas o físicas ajenas a éste y que pueden perturbarlo en mayor o menor medida que a otras necesidades.

Según la American Academy of Sleep Medicine (1991) los trastornos del sueño son variados y se pueden agrupar en cuatro categorías

- 1) Insomnios
- 2) Trastornos de somnolencia excesiva
- 3) Trastornos del patrón sueño-vigilia
- 4) Parasomnias.

En este trabajo se hará referencia específicamente al primero de ellos: el insomnio, entendido como una merma en “la cantidad y calidad de sueño necesarias para mantener una vigilia óptima durante el día”. (Blanco y col, 2004) La American Academy of Sleep Medicine (2006) define el insomnio como la *“dificultad repetida en la iniciación, consolidación y duración o calidad que ocurre en la oportunidad y momento adecuado para dormir y resulta en alguna forma de perturbación durante el día.”* El insomnio aparece como la patología de mayor frecuencia en estos tiempos. Los estudios epidemiológicos (Romero y col, 2005) sugieren que entre un 30-35% de la población presenta problemas de insomnio sin distinción de género y la mitad de estos pacientes lo refiere como un problema grave y limitante para desarrollar su actividad cotidiana.

En cuanto a la frecuencia de las quejas sobre alteraciones relacionadas con el insomnio, tal y como afirman Smith y col (2002), más del 50% de los pacientes de atención primaria se quejan de insomnio, sin embargo sólo el 30% lo menciona a su médico de cabecera y tan sólo un 5% acude a la consulta con el objetivo principal de recibir ayuda para este problema. Insertados en un mundo que prioriza el “hacer”, donde el descanso es vivido como “pérdida de tiempo”, el dormir parece superfluo y prescindible, no se incorpora como necesario, no es un valor apreciable, ni cotizado. La

ultima encuesta realizada en la Argentina data del 2005 y muestra que el 40% de la población padece trastornos para conciliar el sueño y además duerme poco y muy mal (González 2012) Según la autora *“probablemente sea consecuencia de que tanto los profesionales de la salud como los pacientes todavía minimizan o ignoran los síntomas de la falta de sueño. En general durante la consulta los médicos y psicólogos no preguntan a sus pacientes como duermen, ni asesoran a los padres sobre los hábitos de sueño en el niño”* p50.

Por otro lado, cuando un individuo consulta porque duerme mal y se descubre que presenta apneas o síndrome de piernas inquietas, el profesional interviniente tiene en estos casos más herramientas para brindar en aras de su solución. El insomnio por causa orgánica tiene posibilidad de resolución terapéutica, pero esto no se aplica para aquellos que no duermen por causas psicológicas. Sin embargo, este tipo (el originado por causas psicológicas) es el mas común de los subtipos y constituye el 12 a 15% de todos los pacientes vistos en los centros de sueño (Espie, 2006) Para la Medicina de Sueño a este tipo de insomnio se lo llama psicofisiológico, para el D.S.M. IV, insomnio primario. Este trastorno es uno de los más relevantes por varios motivos. El primero es su frecuencia y el segundo la prevalencia en la población general.

Habitualmente, la medicina en este tipo de insomnios, apela a la medicación. Este recurso es paliativo, no resuelve el problema de origen y trae complicaciones tales como la disminución de la calidad de sueño y la modificación en la arquitectura del mismo. La medicación provoca tolerancia y dependencia y, a lo largo del tiempo, el paciente tiene que aumentar la dosis y no puede dormir si no recurre a ella. El insomne psicofisiológico, a su vez, suele pedir y recurrir a este tipo de solución. Así, los pacientes, transitan años dependiendo de ella para conciliar o mantener el sueño, prueban con distintos tipos e incluso las combinan al mismo tiempo.

Los pacientes con insomnio psicofisiológico o primario, cuando son tratados por algún profesional, aceptan la indicación de modificar hábitos pero se resisten a revisar características de su personalidad. Es así que las

dificultades que plantean en cuanto a su tratamiento --dependen de la medicación y no comprometerse en un cambio más profundo-, aportan motivos suficientes para tratar de comprender este trastorno y abordarlo con una intervención eficaz y adecuada. Hasta el momento, el tratamiento cognitivo conductual para el insomnio (TCC) es el más utilizado y estudiado. Consiste en una terapia multicomponente en la cual a través de diversas técnicas se trata de actuar sobre los mecanismos que mantienen el trastorno. Estas técnicas son conductuales y cognitivas. Sin embargo, se observa que no en todos los casos es suficiente y que personas con tratamientos psicoterapéuticos de larga duración y logros positivos, no han logrado aún corregir los problemas del sueño.

Al revisar las publicaciones psicológicas en este campo se encuentran trabajos sobre: 1) Insomnio en niños 2) Terapia cognitivo conductual en adultos 3) Perfiles de personalidad en el M.M.P.I; pero no sobre rasgos de personalidad de estos sujetos. Sin embargo, en los últimos años se observa un interés creciente de la medicina de sueño por investigar, con más precisión, la relación entre características de personalidad y su posible vínculo con el insomnio.

Existen diferentes trabajos que evidencian que este trastorno no responde a un único patrón, pareciera que se combinan condiciones. Es por esto que el interés no se encuentra centrado en la obtención de un perfil, sino en condiciones entrelazadas en el funcionamiento que puedan dar lugar al trastorno. Es decir, la intención no es únicamente obtener un listado de características sino rasgos que entrecruzados den cuenta de un “terreno fértil” para el desarrollo del trastorno. (Exner 1995).

La etiología del insomnio ha sido explicada por diversos autores partiendo de distintos enfoques teóricos. El enfoque cognitivo conductual de Morin (1993) es uno de los más destacados, éste aboga por los pensamientos desadaptativos y por los hábitos inadecuados como principales causantes del mantenimiento del insomnio. De ahí que el tratamiento cognitivo-conductual para el insomnio se centre en ambos aspectos. A pesar de que esta intervención se ha mostrado eficaz, las limitaciones parecen apuntar a la

necesidad de otro modelo teórico que explique mejor el insomnio, así como otra intervención que subsane las deficiencias de esta terapia.

Del trabajo clínico con estos pacientes puede inferirse que esta perturbación encierra, en sí misma, una especificidad que la hace diferente de otras. Por ello, se considera de importancia profundizar el examen del insomnio mejorando su comprensión teórica que permita un abordaje mas eficiente y que pueda distinguir por ejemplo entre pacientes que necesitan enfoques terapéuticos de distinta índole, y aquellos otros en que la eventual terapia farmacológica solo anuncia un fracaso seguro. También, permitiría, en forma preventiva, averiguar con anticipación qué personas, ante un eventual episodio de insomnio, tiene la posibilidad de que su cuadro se cronifique.



CAPÍTULO 1

PROBLEMA Y OBJETIVOS



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1. PROBLEMA Y OBJETIVOS

PROBLEMA

Cuando un sujeto consulta porque padece insomnio, descartadas las posibles causas orgánicas, generalmente se le brinda una solución a través de la medicación. Esta terapéutica trae aparejado el concomitante perjuicio en la calidad de sueño, que se hace superficial y modifica su arquitectura al desaparecer las etapas 3 y 4 del sueño lento profundo. Por otra parte, la consecuencia habitual de la administración crónica de medicación para dormir consiste en un mayor número de despertares espontáneos que aparecen en la segunda mitad de la noche y que son resultado de la precoz desaparición del efecto hipnótico.

Asimismo, se observa que los distintos abordajes con los que se cuenta dentro de la consulta psicológica pueden modificar hábitos de higiene de sueño, pero tampoco resuelve el problema de fondo ya que estas soluciones son transitorias.

En síntesis, por la dificultad en la atención médica psicológica de estos pacientes, ya sea, recurrir a la medicación o a tratamientos que les ofrecen soluciones no permanentes, se decide estudiar las características de personalidad en el test de Rorschach.

¿Existen rasgos de personalidad en el Test de Rorschach que caractericen al Insomnio Psicofisiológico Persistente? ¿Cuáles son?

HIPÓTESIS GENERAL

Los rasgos de personalidad específicos en el test de Rorschach caracterizan a los pacientes que padecen Insomnio psicofisiológico persistente (IPP).

OBJETIVO GENERAL

Conocer los rasgos de personalidad característicos de pacientes que padecen Insomnio Psicológico Persistente de acuerdo a las variables propuestas por el Test de Rorschach (SC)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Detectar rasgos de personalidad en las respuestas al Rorschach sistema comprehensivo (SC) en pacientes que padecen insomnio.
- 2) Sistematizar los indicadores o rasgos comunes a través de la aplicación del Rorschach SC y, compararlos con los esperables de la población estudiada.²
- 3) Observar si existen diferencias en el Rorschach de pacientes con IPP (insomnio primario) e insomnio secundario.
- 4) Analizar las diferencias entre ambos subgrupos en aquellos ítems donde se observan diferencias significativas y tendencias.
- 5) Detectar si el conjunto de signos Rorschach encontrados en los insomnes coincide con el cluster de Alexitimia identificado por Porcelli (2004).

² Por “rasgo de personalidad” se entiende: las disposiciones constantes para pensar, sentir y actuar en determinadas formas, estos rasgos comprenden un amplio espectro de características de la personalidad con cierta estabilidad. Weiner, (1997)

CAPÍTULO 2

ESTADO DEL ARTE



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

2. Estado del arte

El creciente interés por los problemas del sueño especialmente a partir de las últimas décadas se expresa en la creación de instituciones abocadas a su estudio e investigación.

En 1987 se fundó la *World Federation of Sleep Research & Sleep Medicine Societies* (Federación Mundial de Sociedades de Medicina del Sueño y de Investigación sobre el Sueño) (WFSRSMS). Sus miembros están interesados tanto en la investigación básica y clínica como en el tratamiento. En el continente americano, pertenecen a ella la *American Academy of Sleep Medicine* (Academia Norteamericana de Medicina del Sueño) (AASM), la *Sleep Research Society of the United States* (Sociedad de Investigación sobre el Sueño de los Estados Unidos) (SRS), la *Canadian Sleep Society* (Sociedad Canadiense) (CSS) y la Federación de Sociedades Latinoamericanas del Sueño (FLASS). La WFSRSMS publica las revistas *Journal of Sleep Research*, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *Sleep* y *Sleep and Biological Rhythms*, y además promueve las investigaciones sobre el sueño y el entrenamiento y actualización de los especialistas en esta área

En este capítulo se abordará lo investigado hasta la actualidad, con especial énfasis en las últimas dos décadas, en el tema insomnio psicofisiológico persistente (de ahora en más identificado como IPP), comenzando con la clasificación de los tipos de insomnio.

La clasificación que será utilizada es la empleada en la Medicina de Sueño. La Clasificación Internacional de los Desórdenes del sueño (ICSD) fue producida por la *American Academy of Sleep Medicine* (AASM) en asociación con la *European Sleep Research Society*, la *Japanese Society of Sleep Research*, y la *Latin American Sleep Society*. La clasificación fue desarrollada como una revisión de la Clasificación diagnóstica de los desórdenes del sueño y la vigilia. (DCSAD) que fue producida por la *Association of Sleep Disorders Centers* (ASDC) y la *Association for the Psychophysiological Study of Sleep* y fue publicada por la revista *Sleep* en 1979. La revisión que se publicó en 1991, fue realizada, necesariamente, para la descripción de

nuevos desórdenes y el desarrollo de información adicional sobre varios de los incluidos originariamente. Posteriormente, se realizó una nueva revisión en 1991.

En dicha revisión (1991) se procede a clasificar a los insomnios en 9 subtipos:

1. Psicofisiológico.
2. Insomnio asociado a trastornos psiquiátricos.
3. Insomnio asociado al uso de drogas o alcohol.
4. Insomnio asociado a dificultades respiratorias inducidas por el sueño.
5. Insomnio asociado a movimientos periódicos de los miembros inferiores o al síndrome de las piernas inquietas.
6. Insomnio asociado a perturbaciones médicas, tóxicas o condiciones ambientales.
7. Insomnio de comienzo en la niñez.
8. Insomnio asociado a otras condiciones no detectables.
9. Insomnio no verificable.

Este trabajo se enmarca dentro de la categoría 1 que alude a los insomnios de tipo psicofisiológico y persistente, IPP. El *insomnio persistente*, (crónico primario esencial) es un insomnio de iniciación (ocurre al comienzo) y, que afecta con menor frecuencia en la etapa de mantenimiento del sueño, cuya duración se prolonga por más de 4 semanas una vez que aparece el síntoma.

A mediados de los años 70 profesionales de la medicina se reunieron para conformar una Asociación que congregara a quienes se dedicaban al estudio e investigación del sueño. Surgió así la Asociación de Medicina de Sueño. (Institución ya mencionada) cuya publicación oficial es la revista *Sleep Medicine*. En dicha revista se han incluido numerosos artículos en base a investigaciones sobre temas de sueño. Desde entonces es intensa la publicación de investigaciones sobre el tema.

Con el objeto de obtener información actualizada sobre la temática abordada se procedió a una búsqueda a través de *Pubmed, Medline, Ebsco y dissertation abstracts* utilizando como palabras claves Insomnio (*Insomnia*)-Psicología (*Psychology*). E *Insomnia- personality*. La selección de estos buscadores se basó en el criterio de validez y confiabilidad de la información y reconocimiento científico en el campo de aplicación correspondiente. Se obtuvieron los siguientes resultados: Insomnio y psicología se obtuvo 17 artículos e insomnio y personalidad 767.

Los artículos pueden agruparse en torno a varias temáticas. Se citan como ejemplo algunos de ellos dado que fueron descartados de la discusión por no referirse a la temática de esta tesis.

- 1) Los que abordan el insomnio y su relación con determinadas enfermedades somáticas tales como cáncer, problemas cardiovasculares y asma (Singer , y col, 2012)
- 2) Los que se centran en la comorbilidad de insomnio y problemas psiquiátricos tales como depresión, trastornos de pánico, esquizofrenia, suicidio y problemas demenciales. (Na y col, 2011) y (Maher y Theodore, 2012).
- 3) Los relacionados con las diferentes etapas evolutivas (vejez, adolescencia, niñez) entre los cuales se hallan los artículos de Birkeland y col, (2012)
- 4) Insomnio y adicciones (obesidad., cigarrillo, droga) (Cizza, y col. (2011))
- 5) Tratamientos relativos al insomnio (desde acupuntura, *mindfulness*, psicoterapia cognitiva, técnicas de relajación) Bluestein, y col, (2011) entre otros.
- 6) Artículos relacionados con características de personalidad en el insomnio psicofisiológico persistente.

En este capítulo se pondrá especial énfasis en relación al tema del IPP y en particular a los artículos relacionados con los aspectos psicológicos o de personalidad involucrados en el IPP.

A través de la revisión de los artículos que hacen referencia al tema se observa que desde hace cinco años existe un interés creciente por describir los rasgos de personalidad del paciente insomne y, al mismo tiempo, una clara disminución del énfasis que vincula estrictamente los problemas del sueño con estados psicopatológicos. La investigación de las características psicológicas de los pacientes insomnes en los últimos años se encuentra atravesada por un interrogante: ¿Cuáles son los factores etiológicos y cuáles los que perpetúan el insomnio? A continuación se reseñan estudios que evalúan aspectos aislados o características específicas de personalidad asociadas al insomnio y otros, que se focalizan más en la delimitación de factores predisponentes o perpetuantes.

Con relación al grupo de trabajos que han investigado características específicas de personalidad asociadas al trastorno, se mencionaran tres, el de Blagrove y Akehust, (2001). Baglioni y col, (2010) y Lemola, (2012) .Luego se presentarán dos grupos de investigaciones relacionados con delimitar los factores premórbidos (Fernandez- Mendoza 2010) y otros, dentro de la línea cognitiva que señalan más puntualmente los factores perpetuantes (Blagrove y Akehust, 2001 ; Vicent y col, 2006)

Finalmente se presentaran los diferentes cuestionarios o test utilizados en la investigación psicológica del insomnio. (Kales, 1976)

2.1 Estudios que investigan rasgos de personalidad que podrían estar asociados.

En 1984 Hermann-Maurer, y col, estudiaron el insomnio y la forma de afrontar los conflictos vitales. Para ellos los insomnes parecerían reaccionar menos agresivamente que los sanos y tendrían dificultad en registrar la hostilidad. Estas diferencias se evidenciarían en el comportamiento.

En un trabajo posterior Hauri (1993) señala que los insomnes son sujetos típicamente reprimidos y que poco frecuentemente ligan las alteraciones del sueño con problemas emocionales. Debido a esto se hace difícil su abordaje desde una perspectiva tendiente a apuntar a las raíces psicológicas del trastorno. Por ello cuando se les da la indicación para una psicoterapia se requiere gran habilidad ya que a menudo esta indicación es rechazada por el paciente aún cuando se observa que claramente podría beneficiarse con ella.

Otros autores, Vincent, y Walter (2000) por su parte estudiaron en qué medida diferentes aspectos del carácter, como por ejemplo formas de perfeccionismo, se relacionaban con dificultades en el dormir. La relación entre el insomnio crónico y la tendencia al perfeccionismo fue estudiada a través de la comparación de una muestra de insomnes con sujetos no insomnes, utilizando una escala diseñada por los autores. Ésta evalúa el “perfeccionismo” en cuanto a rasgo del *self*, a los contextos sociales donde se manifiesta y su asociación con la psicopatología. Los resultados indican que los insomnes crónicos tienen rasgos “perfeccionistas” que inciden en su déficit de adaptación y les provocan dificultad en sus controles. Los pacientes con estas características reportan dudas sobre su forma de actuar (son indecisos), refieren frecuentes críticas parentales internalizadas y gran preocupación por sus posibles errores. Sin embargo, únicamente lo concerniente a una elevada crítica parental internalizada coincide con el reporte de una prolongada latencia de sueño. (Tiempo en que se apoya la cabeza en la almohada y se duerme realmente) Es decir que si bien tienen características perfeccionistas únicamente lo relacionado con la crítica parental internalizada pareciera estar en íntima relación con la tardanza en dormirse y no los otros aspectos del perfeccionismo. Otros autores más recientes también se inclinan por esta lectura, así Totić-Poznanović, y col, (2012) estudiaron el perfeccionismo y en qué medida este puede ser considerado como un factor de vulnerabilidad para entender las diferentes formas de insomnio. Intentaron correlacionar las diferentes manifestaciones de perfeccionismo en el carácter y los diferentes tipos de insomnio. Concluyeron que fuera de todas las formas de insomnio, el perfeccionismo y sus implicancias es el rasgo de la personalidad

comprometido con mayor frecuencia en la aparición del insomnio pero no encontraron en su estudio diferencias en cuanto a los aspectos que lo integran.

Con respecto a la relación entre las emociones y el insomnio Baglioni, y col, (2010) realizaron una revisión de la interconexión entre ambos. Retomaron el concepto de Kales (1984), en cuanto a que el insomnio está ligado a una internalización más que a una externalización de las emociones, y en especial destacaron la internalización de emociones negativas.

Otros estudios también se abocaron a la relación entre el insomnio y las emociones. (Baglione y col (2010)) La depresión y ansiedad parecieran relacionarse con la corta duración del sueño mientras que los sentimientos positivos se vinculan con la buena calidad de sueño, .por ejemplo, el enamoramiento. Intensas emociones positivas como el enamorarse, aunque podrían perturbar el sueño a través de la presencia de una excitación psicofisiológica mayor, al mismo tiempo mejoran la calidad del sueño percibida y la actividad durante el día. La soledad, la ira, la tristeza como cualidades negativas del duelo perturban el sueño especialmente si va acompañado de depresión, pero no es necesariamente el duelo per se lo que perturba sino cuando este es acompañado de depresión. El incremento de hostilidad también lo perturba pero no cuando es un rasgo estable de la personalidad.

En síntesis los niveles elevados de excitación emocional parecen actuar como un factor de perpetuación del insomnio por la mediación entre la hiperactivación cognitiva y fisiológica. Esto es independiente de si la emoción es positiva o negativa. Lo que importa según los autores, es la intensidad de la estimulación per se y no su valencia.

A su vez las alteraciones en el sueño son generadores de trastornos emocionales. Así la relación entre el insomnio, la ansiedad y la depresión parecen explicarse haciendo referencia a dos vías: 1) el insomnio y la ansiedad se relacionan a través de una relación bidireccional; 2) el insomnio, y especialmente los síntomas diurnos (cansancio, dificultades de atención) del insomnio, predicen la aparición de la depresión. Al mismo

tiempo, la emocionalidad negativa se ve reforzada por la falta de sueño y por último, la mala calidad del sueño parece estar relacionada con un aumento en las emociones negativas y disminución de las positivas. Por ello dormir bien parecería estar asociado a un aumento de emociones positivas.

De lo expuesto anteriormente se infiere que las emociones representan un papel importante en el dormir, ya sea por su valencia o por su intensidad y por ello la necesidad que futuras investigaciones continúen profundizando sobre las relaciones entre las emociones y el insomnio.

Otros autores, Ottóni, y col (2011), buscaron establecer alguna conexión entre el temperamento y el patrón del dormir. Así señalan, por ejemplo, que elevados niveles de conflicto, pobre manejo y control de las emociones, están relacionados con la tardanza en conciliar el sueño. Es decir, que la activación de la ira y el control débil, así como temperamento depresivo, lábil y ciclotímico, están relacionados con los patrones de sueño más disfuncionales.

Coincidiendo con estos hallazgos en cuanto a rasgos de carácter asociados, Lemola y col, (2012) estudiaron la relación entre optimismo, autoestima y sueño. Las personas con insomnio obtuvieron calificaciones bajas en optimismo y autoestima y altas en depresión. En sus conclusiones afirmaron que el sueño breve, menor a seis horas, se relacionó con menor optimismo y autoestima, en comparación con los individuos que duermen entre siete y ocho horas. De este modo pareciera que dormir bien y lo suficiente se asocia con características de personalidad positivas.

2.2 Estudios que investigaron los rasgos de personalidad que predisponen al insomnio.

Otros autores, como Heath y col, (1998) estudiaron la posible asociación de la predisposición genética, el estilo de vida, la depresión y la ansiedad como factores causales del insomnio.

No obstante ha sido difícil asociar en forma directa los rasgos de personalidad, el tipo de emoción o los mecanismos de afrontamiento de problemas con la etiología del insomnio, Dentro de la línea que asocia **rasgos**

con predisposición, autores como Lundh y col, (1995) señalan que una serie de factores pueden estar implicados en el desarrollo del insomnio: tensión, sensibilidad excesiva, lenta recuperación después del estrés, preocupación, una actitud demasiado seria para la vida, experiencias familiares negativas, exceso de implicación emocional con los demás y dependencia de los otros.

Los mismos autores (2000) mencionan que los pacientes con insomnio presentan una vulnerabilidad mayor como característica premórbida y que se expresa a través de dos variables: la primera está centrada en que los procesos que se generan a partir de los sucesos estresantes de la vida y que interfieren en la conciliación del sueño. Ejemplos del primer tipo de variable son la excitabilidad, la recuperación lenta después del estrés, la preocupación (tendencia a mantenerse despierto debido a preocuparse o intentar resolver situaciones diurnas) y los conflictos emocionales en relación con las otras personas significativas. La segunda variable consiste en las interpretaciones disfuncionales del dormir, como por ejemplo los relacionados con creencias, actitudes y normas perfeccionistas en relación al sueño.

Algunos autores como Morin (2001) se preguntan respecto a los riesgos, que características de personalidad puedan hacer que un sujeto desarrolle un insomnio crónico y señalan que la vulnerabilidad psicológica tiene un rol muy importante en la generación del insomnio. No obstante, esta hipótesis carece de una validación basada en evidencia científica. Otros autores, Vincent, y col, (2007) señalaron también que las características de personalidad son importantes en términos de la predisposición para producir trastornos del sueño y destacaron que debían ser tenidas en cuenta en su evaluación.

Con relación a este aspecto de la investigación en insomnio Merijn van de Laar, y col, (2010) señalan que la función específica de los rasgos de personalidad en la etiología del insomnio aún no está definida, especialmente debido a la falta de estudios longitudinales. Consideran que si bien los factores de personalidad pueden incidir en la causalidad del desarrollo del insomnio, a la inversa estos pueden ser una consecuencia de los problemas de sueño y la disfunción diurna asociada. Será importante que

futuros estudios longitudinales consideren los rasgos de personalidad como parte de un grupo de factores psicológicos y fisiológicos que intervienen en la predisposición a la perpetuación o en la cronicidad de su evolución aun cuando no necesariamente puedan arrojar más luz sobre su etiología.

Otro indicador que parece jugar un papel importante en el insomnio es el monto de stress que padece un sujeto. Voss y col, (2006) realizaron un estudio que explora la relación entre las diferentes disposiciones de afrontamiento (monitoreo / embotamiento) y la presencia de insomnio. Para ello compararon sujetos con una modalidad de monitoreo de las situaciones y/ o con una modalidad de embotamiento y ambas en su relación con el insomnio. El monitoreo se refiere a la conducta de búsqueda de información en situaciones de peligro; el embotamiento a utilizar estrategias de distracción en situaciones que impliquen amenaza o peligro. Con relación a estos temas, los insomnes primarios de ambos sexos tienen puntuaciones significativamente más altas en la evaluación de la ansiedad cuando se los compara con sujetos que dormían bien. Este resultado coincide con una gran cantidad de hallazgos de otros trabajos similares que muestran que los pacientes que sufren de insomnio son también propensos a experimentar más ansiedad y otros síntomas psicopatológicos

Analizando el estilo de afrontamiento se observó que los insomnes primarios tuvieron en las situaciones controlables e incontrolables, puntuaciones significativamente más altas de monitoreo, en relación a los sujetos que dormían bien. El efecto fue mayor para situaciones incontrolables, lo que indica que los participantes con insomnio primario son incapaces de abstenerse de comportamientos de búsqueda de información, incluso en situaciones en las que este comportamiento es considerado disfuncional. Los sujetos insomnes son propensos a ser clasificados como “monitores rígidos” en relación a los que duermen bien, lo que confirma la hipótesis de que el estar pendiente del entorno y la búsqueda constante de información está relacionado con el insomnio, en tanto que el “embotamiento” parece estar asociado positivamente con el buen dormir. Los resultados del estudio de Voss (2006) sugieren que un sistema de monitoreo como estilo de afrontamiento representaría un factor de predisposición en la génesis del

insomnio primario. Por otra parte, aunque no todos los pacientes con insomnio son monitores (73%) la mayoría de los pacientes con estilo de afrontamiento del tipo “monitoreo” presentan problemas de sueño. Esta interpretación implica que los monitores rígidos tienen dificultad para iniciar y mantener el sueño debido a que revisan excesivamente su entorno de sueño en busca de información relacionada con las posibles amenazas a su seguridad.

En cuanto a las implicaciones clínicas de lo mencionado anteriormente, se han desarrollado técnicas psicoeducativas sobre cómo hacer frente a situaciones controlables e incontrolables y revisar los estilos de afrontamiento, (vigilancia versus embotamiento) en el tratamiento del insomnio primario.

Otros autores, en referencia a la investigación de lo predisponente, Fernández – Mendoza y col, (2010) sugieren que la hiperactivación cognitivo-emocional puede ser una característica premórbida de los sujetos vulnerables al insomnio. Parece que las estrategias de afrontamiento al estrés y la mala adaptación, y la hiperactivación cognitivo-emocional predisponen al desarrollo del insomnio. Por ello las intervenciones dirigidas a estas características pueden ser importantes en la prevención y tratamiento del insomnio crónico.

Estos autores señalan que una de las principales cuestiones en lo que respecta al insomnio crónico es si la hiperexcitación (tanto fisiológica y cognitiva-emocional) preexiste al desarrollo del trastorno o es una consecuencia de ella. Señalan que el perfil psicológico característico encontrado en pacientes con insomnio crónico consiste en su mayoría en rasgos de personalidad que corresponden al trastorno obsesivo, con inadecuadas estrategias para afrontar el estrés e hiperactivación cognitivo-emocional. Basándose en estos resultados y en otras investigaciones, han deducido que las características psicológicas antes mencionadas están presentes en forma pre-mórbida y desempeñan un papel fundamental en la etiología del insomnio crónico.

Las características de rasgos de neuroticismo, excitabilidad, excitación cognitiva previa al dormir, la rumiación, y las dificultades de

afrontamiento orientado hacia la emoción, pueden jugar así un papel importante en la etiopatogenia de la tendencia al estrés o al insomnio crónico. Al mismo tiempo los estudios han demostrado que las personas con insomnio transitorio también se caracterizan por el grado de excitabilidad, por lo cual, parecería que la excitabilidad emocional es una de las características más específicas de las personas vulnerables al insomnio crónico. Los autores han sugerido que el paciente con insomnio transitorio es más cognitivamente “despertable”, y que estos sujetos tardan más en dormirse debido a los pensamientos intrusivos, rumian más y presentan niveles más altos de excitación cognitiva y somática en el “pre-sueño”

Pareciera que las personas vulnerables al insomnio transitorio valoran los eventos como más estresantes y frente a ellos utilizan rígidas estrategias de control orientadas a la emoción. Estas son para reducir el stress a través de reacciones, preocupaciones o tendencia al ensueño diurno. Las mismas no son satisfactorias y al contrario aumentan el stress emocional y su afecto negativo. Son sujetos que presentan recursos poco flexibles cuando se enfrentan a situaciones no controladas. Por lo tanto, los individuos vulnerables al insomnio transitorio utilizan estos mecanismos en lugar de resolver los problemas en forma activa, evitando conectarse con el afecto que despierta una situación.

Para Fernandez- Mendoza (2010) entonces los rasgos psicológicos observados en el insomnio transitorio también podrían considerarse para el crónico. La tendencia a ser fácilmente *hyperaroused*, (Hiperalerta) podría representar un sustrato de vulnerabilidad psicológica y un factor predisponente para el insomnio. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente debería ser el objetivo de las estrategias de prevención para este trastorno.

2.3 Trabajos que investigan los factores perpetuantes del insomnio. Enfoques desde una teoría cognitiva.

Otro grupo de trabajos, **desde la línea cognitiva**, aportan investigaciones acerca de las características de la subjetividad a través de la evaluación del “sistema de creencias” del paciente insomne. Estas creencias

tienen que ver con la duración del dormir y/ o la percepción subjetiva del dormir, la modalidad de percepción del factor tiempo y también en que medida los pensamientos rumiantes (mantener una idea en la cabeza sin poder desprenderse de ella) actúan como factor de despertar. El interés en esta línea de investigación consiste en identificar los factores perpetuantes del insomnio.

La preocupación por el tiempo dormido, independientemente de la naturaleza específica de la perspectiva temporal de los individuos y de ciertos problemas del sueño, está relacionado de manera significativa. (Vranesh y otros (1998)) La estimación del tiempo en pacientes con insomnio depende de factores del contexto. (Tang y Harvey (2007)), Así es que los insomnes distorsionan la evaluación del tiempo, sobrestiman el tiempo que permanecen despiertos y subestiman el tiempo dormido. Los insomnes tienen la impresión subjetiva de dormir menos de lo que objetivamente es observado en el laboratorio de sueño. Futuras investigaciones tendrán que observar que las rumiaciones, que contribuyen a aumentar el despertar son los mecanismos que subyacen a una inadecuada percepción del tiempo.

En la línea de investigación de los factores que perpetúan el insomnio Blagrove y Akehurst (2001) sugieren que las personas que sufren de insomnio tienden a estar muy preocupadas por su sueño y por las consecuencias diurnas de no dormir lo suficiente. Este exceso de actividad cognitiva negativa genera tanto la activación autonómica como la angustia emocional. Este estado de ansiedad asociado al sueño desencadena la atención selectiva y la persistencia en la búsqueda de señales de amenazas internas y externas relacionadas con el sueño. El estado de ansiedad y los procesos de atención desencadenados engañan al individuo haciéndole sobreestimar la extensión del déficit en el sueño y el rendimiento durante el día. La excesiva actividad cognitiva negativa será incrementada si, además, se detecta una amenaza real relacionada con el sueño o si se la percibe como un déficit. Los comportamientos contraproducentes de seguridad (incluyendo el control del pensamiento y de las imágenes, la inhibición emocional y la dificultad para la resolución de problemas), las creencias erróneas sobre el sueño y la excesiva preocupación, constituyen de esta forma factores agravante del insomnio. El desafortunado resultado de esta secuencia de

eventos es que la ansiedad es y se hace excesiva y creciente, pudiendo así culminar en un déficit real en el sueño y el funcionamiento diurno., retroalimentando las creencias y perpetuando el insomnio, es decir, actuando como factores perpetuantes del insomnio.

Otros autores, Vicent y col, (2006) estudiaron pacientes insomnes que habían sido tratados con terapia cognitivo conductual. Por el contrario la percepción de una mejor calidad y duración en el dormir son las primeras percepciones subjetivas de mejoría y, posteriormente, aparece un mejor rendimiento en el día. (Vicent 2006) La poca eficiencia en el rendimiento durante el día está relacionada con una “mala noche”. (Semler y Harvey (2004) Así Singareddy y col, (2012) mencionan que la mala calidad en el dormir, la salud mental lábil y la obesidad son los factores de riesgo más importantes para desarrollar episodios de insomnio crónico.

Los factores fisiológicos contribuyen al despertar y perpetuación del insomnio (Basta y col, 2007) Y los rasgos psicológicos de “ansiedad-rumiación”, así como los eventos estresantes y los mecanismos de homeostasis relativos a la edad también influyen en el mismo. Por ello en el abordaje terapéutico del insomnio deben incluirse tanto los factores fisiológicos como emocionales del paciente en la totalidad de las 24hs. Carney y col, (2010) consideran que las líneas de investigación anterior en terapia cognitiva se ha centrado en que las “preocupaciones” son las que no dejan dormir en el insomnio, estos resultados sugieren que la “rumiación” es importante para comprender las alteraciones del sueño pero no son las únicas responsables. Además, aunque la rumiación y las preocupaciones son los dos procesos de pensamiento repetitivo, estos resultados indican que son procesos distintos dentro del insomnio, y que deben tratarse como tal con las consiguientes implicancias en el tratamiento de terapia cognitivo-conductual para el insomnio.

Las características de personalidad parecen también estar relacionadas con la duración del dormir y por ello Vicent y colaboradores (2009) sugirieron que era importante tener en cuenta este elemento en toda entrevista diagnóstica. Para otros autores Vgontzas y col, (2012) el dormir